

令和5年9月15日

インフルエンザ予防接種費用補助の実施について

インフルエンザの発症予防と重症化防止を目的に、インフルエンザ予防接種を受けた方を対象に、その費用の一部を補助する事業を実施いたします。

申請方法等は下記のとおりですので、接種対象期間・申請期限等に注意のうえ、申請書の提出をお願いします。

早めに接種を受けることで、自身への感染を防ぐとともに周囲への感染拡大防止にもつながります。

記

1. 対象者 京都自動車健康保険組合加入の被保険者及び被扶養者。
2. 接種対象期間 令和5年10月1日（日）～令和5年12月31日（日）
各自が医療機関で予防接種を受けてください。
3. 申請期限 令和6年1月31日（水）までに当健康保険組合必着。
4. 補助金額 年度内で1人につき2,000円を上限とします。
自己負担額が2,000円未満の場合は、実際に要した費用を補助します。
5. 申請方法 領収書原本または写しを事業所担当者様へ提出してください。
事業所担当者様は、取りまとめていただき「インフルエンザ予防接種補助金申請書」と合わせて提出をお願いします。
任意継続被保険者の方は、「任意継続用」の申請書に必要事項を記入のうえ、領収書原本または写しを添付して、当健康保険組合へ提出してください。
※ 申請書は京都自動車健康保険組合ホームページの『申請書集』→『健康診断関係』に掲載しています。
6. 支払方法 毎月10日、25日に受領代理人口座へ振り込みまたは当組合窓口において現金で支払います。
任意継続被保険者の方は、申請書に記入いただいた被保険者名義の口座に振り込みます。